

DATOS DEL PRODUCTOR:

N° Inscripción en SSN		Apellido/s y Nombre/s			
Domicilio					
Código Postal	Localidad		Provincia		
Característica Telefónica	Teléfono Fijo Particular		Teléfono Fijo Laboral		Teléfono Celular
Correo Electrónico			Fecha Nacimiento:		
Nacionalidad			Estado Civil		
Renovacion automatica para pólizas con vigencia de 6 meses o superior		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Desea recibir su Producción por: <input type="checkbox"/> E-MAIL <input type="checkbox"/> CORREO	

OTROS N° DE INSCRIPCION:

C.U.I.T.	Ingresos Brutos	Jubilación	Condición frente al I.V.A.																				
Afiliación O.S.SEG. SI/NO N°		Inscripción en Impuestos a las Ganancias SI/NO																					
Nro de CBU (Si desea que alli se le deposite sus comisiones)		<table><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				

DATOS PARTICULARES:

Tipo de Doc.	N° de Doc.	Domicilio Particular	
Código Postal	Localidad		Provincia
Característica Telefónica	Teléfono Fijo Particular		Teléfono Celular

NOMBRE PRODUCTOR:		Cod en Beneficio
NOMBRE ORGANIZADOR:		Cod en Beneficio
NOMBRE SUPERORGANIZADOR:		Cod en Beneficio

Lugar y Fecha:

_____/_____/_____
Firma Productor

IMPORTANTE : DOCUMENTACION ADICIONAL A PRESENTAR PARA LA INCORPORACION DE PRODUCTORES
1 -Fotocopia de la rúbrica de los libros de operaciones y cobranza.
2 -Fotocopia D.N.I.
3 - Fotocopia de la Inscripción en la AFIP.
4 - Fotocopia de la Inscripción en DGR.
5 - Pago de la última matrícula.
6 - Convenio de Cobranza firmado.
7 - Fotocopia de la Credencial del Productor

USO EXCLUSIVO DE BENEFICIO S.A.:

Zona

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Código de Productor

ROS	BUE	SAL	COR	MEN
-----	-----	-----	-----	-----

Oficina Comercial

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Código de Organizador

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Código de Super Organizador

Observaciones

Controló

Firma Director

PLAN COMISIONAL

	COMISIONES SOBRE PRIMA		
SECCION	PRODUCTOR	ORGANIZADOR	SUPERORGANIZADOR
10 - Accidentes Personales	%	%	%
18 - Sepelio	%	%	%
21 - Vida Colec.Obl.Dec 1.567/74	%	%	%
22 - Vida Colectivo	%	%	%
23 - Deudores De Un Acreedor	%	%	%
25 - Salud	%	%	%

Lugar y Fecha: _____

_____/_____/_____
Firma Productor

Observaciones

Controló _____

Firma Director